Załącznik nr 9 do Zapytania ofertowego

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………

Adres: ………………………………………………………………………………………………….......

**Oświadczenie Wykonawcy o odpowiednim zasobie kadrowym**

W odpowiedzi na **Zapytanie ofertowe** z dnia 02.02.2026 r. na potrzeby Spółki Świerkowy Zdrój Medical SPA w ramach realizacji projektu pn. „Termomodernizacja Ośrodka ŚWIERKOWY ZDRÓJ MEDICAL SPA w Iwoniczu-Zdroju, ul. Kulczyńskiego 7, położonego na działce 1316/1”,nr FEPK.02.01-IZ.00-0012/24, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach priorytetu nr FEPK.02 „Energia i środowisko” programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia na lata 2021-2027

Oświadczam, że:

osoby wskazane w wykazie, będą uczestniczyć w wykonywaniu **Przedmiotu zamówienia**   
i posiadają wszelkie wymagane uprawnienia niezbędne do jego realizacji oraz mogą sprawować wymienioną funkcję zgodnie z prawem budowlanym.

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Pełniona funkcja** | **Nazwa posiadanych uprawnień/kwalifikacji/**  **numer uprawnień/certyfikatu kwalifikacji/świadectwa** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

………………………………………. …………………………........................................

(Miejscowość i data) (Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)